Cancers de l 'ovaire

DR KEDJOUR

Fréquence

Le plus grave des cancers gynécologiques
4 000 nouveaux cas / an en France
Plus de 3 000 décès par an

ONCOLOGY
Epidemiology

Leading cancers worldwide

Rank	Males	Females	Both Sexes	Total New Cases
1	Lung	Breast	Lung	1,037,000
2	Stomach	Colon/rectum	Stomach	798,000
3	Colon/rectum	Cervix uteri	Breast	796,000
4	Prostate	Stomach	Colon/rectum	783,000
5	Liver	Lung	Liver	437,000
6	Mouth/pharynx	Ovary	Prostate	396,000
7	Esophagus	Corpus uteri	Cervix uteri	371,000
8	Bladder	Liver	Mouth/pharynx	363,000
9	Leukemia	Mouth/pharynx	Esophagus	316,000
10	NHL*	Esophagus	Bladder	261,000

*Non-Hodgkin's lymphoma.

Adapted from Parkin DM, et al. *CA Cancer J Clin.* 1999;49:39.

Facteurs de risques

- Diagnostic tardif (70% des stades avancés)
- Facteurs hormonaux favorables : grossesse, allaitement, contraceptifs oraux
- Facteurs familiaux : BRCA1, syndrome de Lynch

Dépistage de masse

Pas de dépistage de masse possible

Diagnostic clinique

- Présomption de malignité par échographie (caractère solide ou mixte solide/liquide)
- Ponction à visée diagnostic à éviter (ascite, coelioscopie ou transvaginale)
- Exploration chirurgicale pour bilan d 'extension (laparotomie exploratrice)

Classification FIGO

Stade I : tumeur limitée aux ovaires

IA : tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte
IB : tumeur des deux ovaires, capsule intacte
IC : rupture capsulaire ou tumeur à la surface ovarienne, ou cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal

Stade II : tumeur ovarienne étendue au pelvis

IIA : extension à l'utérus et/ou aux trompes
IIB : extension aux autres organes pelviens
IIC : extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal

Stade III : métastases péritonéales au-delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales

IIIA : métastases péritonéales microscopiques
IIIB : métastases macroscopiques inférieures ou égales à 2 cm
IIIC : métastases macroscopiques supérieures à 2 cm et/ou adénopathies métastatiques régionales

Stade IV : métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)

Facteurs pronostiques

Stade I et II de la FIGO

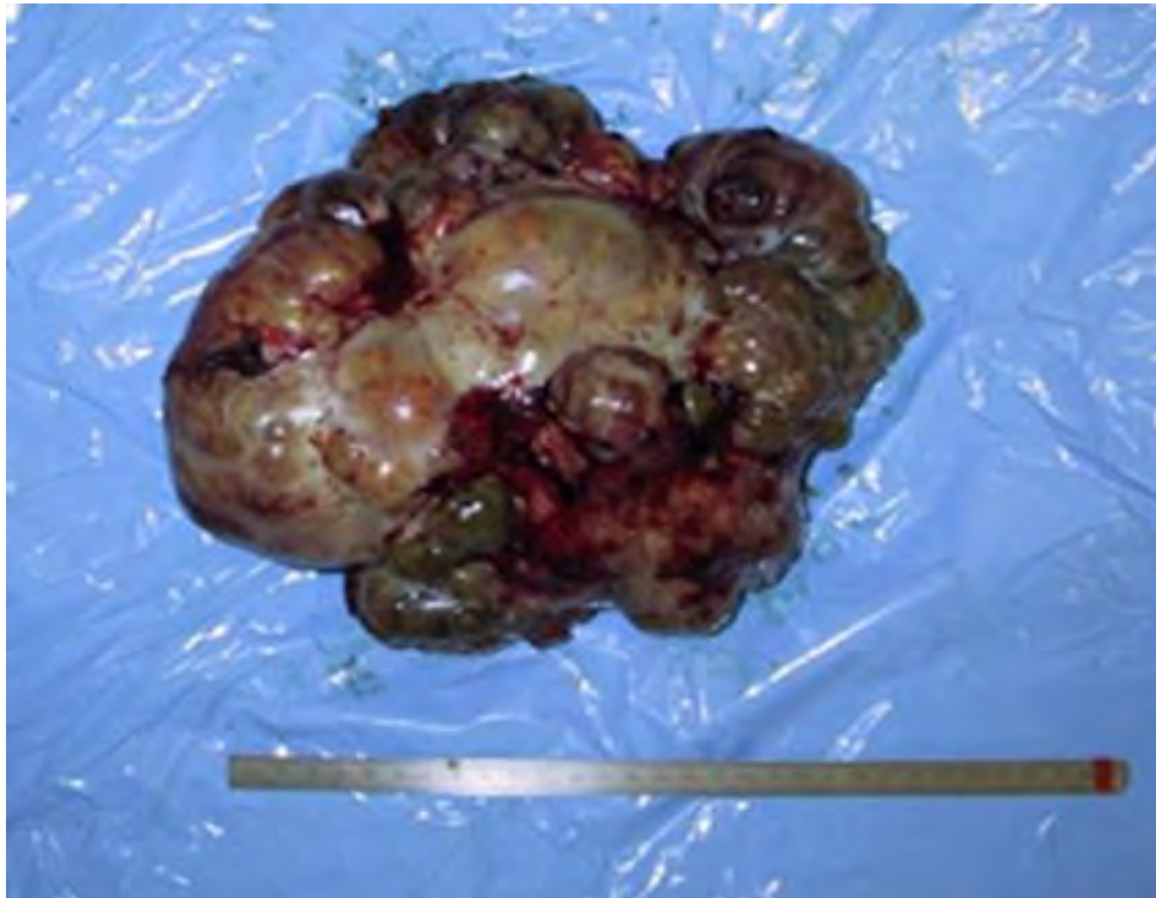
- Grade histologique
- Présence de masses résiduelles au stade II

Stade III et IV de la FIGO

- Taille des résidus tumoraux après chirurgie

Age et état général

CANCER DE L'OVAIRE



CANCER DE L'OVAIRE



CANCER DE L'OVAIRE



Marqueurs tumoraux

Marqueurs évalués :

CA 125

Alpha foeto-protéine, Béta-HCG

chez la femme jeune avec suspicion de tumeur germinale

Chirurgie diagnostique et de cytoréduction

Formes limitées aux ovaires (stade I)

- Ablation de la (ou des) tumeur(s)
- Cytologie (liquide d ’ascite ou lavage péritonéal)
- Exploration de la cavité péritonéale

Formes avancées (stades II, III, IV)

- Réduction tumorale maximale (ovaires + organes pelviens et intra-abdominaux)
- Exploration du pelvis et de tout l ’abdomen
- Cytologie
- Lymphadénectomie complète (métastases ganglionnaires)

Autre chirurgie

Seconde cytoréduction pour rechute ou poursuite évolutive

bon état général

rechute tardive > 1 an

maladie persistant sans évolution tumorale

Ré-évaluation (second look)

Vérifier l 'état de la cavité abdominale

(chez une patiente en rémission complète)

Palliative

Traiter les occlusion intestinales (grêle, colon, mixte)

Chimiothérapie de 1ère ligne

Standard : CT intraveineuse

sels de platine (cis-Pt, carboplatine ++)

alkylants (cyclophosphamide)

taxanes (paclitaxel)

anthracyclines (doxorubicine)

6 cures avec évaluation à deux cures (scan et CA125)

CAP > CP (chances de survie

PT ou CT > CP (survie globale stade III et IV)

Chimiothérapie de 1ère ligne

Option : CT intrapéritonéale

Cis-Pt (ip) associé au cyclophosphamide (iv)

Améliore la survie stade III avec résidus < 2 cm

4 à 6 cures

Chimiothérapie en rechute

Rechute tardive (> 6 mois) : même protocole

Rechute précoce : topotécan, paclitaxel*

* si non utilisé en 1ère ligne

INDICATIONS

- Stade I A, B grade 1, 2: pas de TTT
- Stade I A, B grade 3, II A, II B et II C sans résidus: chimiothérapie 6 cures
- Stade II B, C avec résidus, III, IV pleural: chimiothérapie. Si progression, chimio de 2ème ligne.

INDICATIONS

- Stade III non opérable, Stade IV

Chimiothérapie 3 cures et réévaluation:

- si progression ou stable, chimio de 2ème ligne
- si régression partielle ou complète, chirurgie puis 3 cures.

Radiothérapie

Contrôle de la maladie microscopie abdomino-pelvienne

RT abdomino-pelvienne > RT pelvienne seule

Protection rénale (> 15 Gy) et hépatique (> 20 Gy)

Option peu utilisée

Hormonothérapie

Efficacité faible

N ’est pas utilisée en traitement adjuvant

Traitement des rechutes chimio-résistantes

Surveillance

En absence de signes d ’appels : Examen clinique

(ts les 3 mois / 2 ans puis tous les 6 mois)

CA-125 sérique sans intérêt

Imagerie (échographie, scan) sans intérêt

Si suspicion de récidive : Scan abdomino-pelvien

THS non contrindiqué mais surveillance mammaire surtout si BRCA1 +

SURVIE

- Stade I: 70 à 95 %
- Stade II: 50 %
- Stade III: 25 %
- Stade IV: < 5 %.

CONCLUSION

- Cancer de pronostic sombre
- Peu fréquent
- Importance de la chirurgie ("staging" et réduction tumorale)
- Association à la chimiothérapie.